




Nombre: Jorge Luis Garzón Medina

Curso: Quinto "D"

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD COTOPAXI


 UNIDAD EJECUTORA H. General Latacunga
 SERVICIO: MEDICINA GENERAL

 UNIDAD OPERATIVA DEL MSP DE LA PROVINCIA DE COTOPAXI
 DÍA, MES, AÑO: 25/01/2021

DATOS DEL PACIENTE		RECTA N° 1	
NOMBRES Y APELLIDOS MARCO VINICIO GARZON VILLAFUERTE		H. CLÍNICA 524599	CIE 10 1180
DOCUMENTO IDENTIDAD: 1801891373		SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F	
EDAD: AÑOS: 57 MESES: 2		NACIONALIDAD: ECUATORIANO	
DATOS DEL MEDICAMENTO AGUDO <input checked="" type="checkbox"/> CRÓNICO			
Metronidazol, 500mg, solido oral, 21 veintiuno			
DATOS DEL PRESCRIPTOR		PAUTA	
espacio para el sello y firma del prescriptor (nombre apellido, especialidad, libro, folio y numero)		DOSIS: 500 mg	
 Dr. Jorge Luis Garzón Medina		FRECUENCIA: cada 8 h	
		DURACIÓN: 7 días	
INDICACIONES		RECETA N° 1	
Ingerir el fármaco en horas alejado de las comidas			
NOMBRES DEL PACIENTE MARCO VINICIO GARZON VILLAFUERTE		DÍA, MES, AÑO 25/01/2021	
PRESCRIPTOR		DISPENSADOR	
DOSIS: 1 capsula		VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral	
FRECUENCIA: cada 8 horas		MAÑANA HORA: 6 am	
DURACION: 7 DIAS		MEDIO DIA HORA	
FIRMA Y SELLO		TARDE HORA: 2 pm	
 		NOCHE HORA: 10 pm	